

Saúde da Mulher, Medicalização e Prevenção Quaternária

Ronaldo Zonta

Médico de família e comunidade

O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

Ideal feminino como maneira de avaliar, julgar e disciplinar o comportamento da mulher.

O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

A religião como forma de opressão à mulher foi substituída pela Medicina.

- **Mecanismos de submissão:** culpa, pecado original, culto da castidade e da virgindade, casamento monogâmico, ato sexual destinado somente à procriação
- Sistema médico como **guardião da tecnologia reprodutiva** – controle da natalidade, do aborto e dos meios para “garantir” a segurança do parto.



19/10/2015 23:01:28 - Atualizada às 20/10/2015 12:58:20

Suspeita de anorexia de Angelina Jolie reabre debate

Especialista alerta para os riscos da doença. Campeã de fisiculturismo no Brasil conta como sofreu após gravidez

O DIA

Rio - A recente suspeita de que a Angelina Jolie esteja com anorexia nervosa reacendeu o debate sobre a doença entre pesquisadores, especialistas e sociedade. O drama da atriz — que supostamente teria sido diagnosticada com a doença, fazendo com que seu marido Brad Pitt propusesse que ela tire um 'ano sabático' para se tratar — está sendo usado para alertar a população em relação à doença.



Também chamada de Transtorno do Comportamento Alimentar, a anorexia tem como principal alvo 90% das mulheres. Dados afirmam que menos de 1% das adolescentes desenvolvem o quadro, tendo início entre 14 e 15 anos. Essa é a doença psiquiátrica que mais mata, com o índice de mortalidade de 20% a 25% dos casos. O transtorno é causado, muitas vezes, pela influência da mídia, da busca do corpo perfeito e da cultura feminina bombardeada por restrições alimentares.

As características básicas para obter um diagnóstico é a perda de peso, a insatisfação com o corpo e a obsessão em emagrecer cada vez mais, tendo seu IMC (Índice de Massa Corporal) abaixo de 17,5. A atleta Aline Barreto, campeã de dez títulos brasileiros de fisiculturismo, contou que no fim de sua gestação, engordou 25 quilos em quatro meses por comer de forma errada. Dois meses depois de seu filho nascer, ela começou sofrer o distúrbio alimentar.



O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

- **Séc. XVIII:** orgasmo considerado coisa do demônio, mulheres reduzidas ao espaço doméstico, saber feminino na clandestinidade, mulheres sem direitos e sem acesso ao estudo
- **Final séc. XIX e início séc. XX:** mulher trabalhadora
- **Séc. XX:** Simone de Beauvoir publica “Segundo sexo”, pílula anticoncepcional (1960), tratamento infertilidade.

O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

- **Conferência de Nairobi (ONU, 1985)** reconhece que “a promoção dos direitos da reprodução é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade”
- **Direitos reprodutivos no âmbito dos direitos humanos:** direitos da mulher regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidades pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade (contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde).



Para juiz, Lei Maria da Penha é um conjunto de regras diabólicas

O juiz Edilson Rumbelsperger Rodrigues de Sete Lagoas, Minas Gerais, considerou inconstitucional a Lei Maria da Penha e rejeitou pedidos de medidas contra homens que agrediram e ameaçaram suas companheiras. Para o juiz a lei é "**um conjunto de regras diabólicas**", segundo reportagem do jornal Folha de S. Paulo.



O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

- **Historicamente as políticas de saúde da mulher foram vinculadas à maternidade e à infância**
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (1983)
- Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O Feminino na história e a Medicalização da Mulher

As mulheres são as principais usuárias do SUS.

- São as principais **consumidoras de medicamentos**, tanto os necessários, como os desnecessários (queixas transformadas em receitas de antidepressivos);
- São as principais **cuidadoras**
- São o maior contingente de **trabalhadoras de saúde** de diversas categorias.

Epidemiologia da Saúde da Mulher

- Principais causas de morte:
 - Doenças Cardiovasculares (IAM, AVC) **aprox. 35%**
 - Neoplasias (mama, pulmão e colo de útero) **aprox. 18%**
 - Doenças do aparelho respiratório (pneumonia) **aprox. 14%**
 - Causas externas **aprox. 7%**
- Morbidades e Mortalidade no ciclo gravídeo-puerperal:
 - Causas relacionadas ao parto (grande parte realizou pré-natal)
 - Sífilis congênita
 - DHEG.

Epidemiologia da Saúde da Mulher

- **HIV/AIDS:**
 - Mulheres em relacionamentos heterossexuais (casadas, monogâmicas, pobres, em cidade de porte médio e interior).
- Problemas de saúde em mulheres negras, índias, lésbicas, trabalhadoras rurais e urbanas, adolescentes, vítimas de violência (**pouco consideradas nos planejamentos em saúde**)

As maiores causas de adoecimento e morte das mulheres brasileiras são a **pobreza**, o **preconceito**, a **discriminação**, a **medicalização do corpo** e a **precariedade da assistência**.

Estudo inédito revela as causas de mortalidade de mulheres no Brasil

Fonte: Agência USP

As doenças cerebrovasculares, a Aids e a violência têm se tornado os maiores inimigos das mulheres brasileiras. É o que revelam os primeiros números do Estudo de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, realizado a pedido do Ministério da Saúde e conduzido pelos professores Ruy Laurenti, Maria Helena Prado de Mello Jorge e Sabina Lea Davidson Gottlieb, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP.

A pesquisa analisou 3.265 declarações de óbito de mulheres em idade fértil, em todas as capitais brasileiras durante o primeiro semestre de 2002. Foram comparados os dados das declarações de óbito originais com os de declarações preenchidas após entrevistas no domicílio das falecidas, consulta a prontuários hospitalares e laudos de necropsia.

Os resultados que mais chamaram a atenção dos pesquisadores foram a presença das doenças cerebrovasculares e, principalmente, da Aids e dos homicídios nas três primeiras colocações do ranking. Eles esperavam encontrar algum tipo de tumor nas primeiras posições, porém o câncer de mama aparece somente no quarto posto, com 5,8% dos casos.

- No Brasil morrem 1.000.000 de pessoas ao ano
- 490.000 mulheres (**~1.370 mulheres ao dia**)
- Estimativa de 15.590 casos de câncer de colo de útero (2014 - INCA) e 57.120 de mama (2015 – INCA)
- Aproximadamente 14.207 mulheres morrem ao ano por **câncer de mama** (2013 – SIM) - **aproximadamente 39 mulheres ao dia (3%)**
- Aproximadamente 21.000 mulheres morrem ao ano por **causas externas** (2011 – SIM / 2014 - MS) – **aproximadamente 57 mulheres ao dia (4%)**
- Aproximadamente **97% das mulheres não morrem por câncer de mama**





Uma mulher é estuprada a cada dez minutos no Brasil

📅 10 outubro 2015 ✍ Lia Bianchini 📋 Direitos Humanos 💬 33 comentários

14/10/2015 08h41 - Atualizado em 14/10/2015 09h50

Casos de violência doméstica contra a mulher alertam autoridades no Pará

Em 2014 foram 5.930 ocorrências e no 1º semestre de 2015 foram 3.842. Dois casos de violência foram registrados recentemente em Belém.

Relatório »

Violência é problema enfrentado por mulheres de todo o mundo, diz ONU

AFP - Agence France-Presse

Publicação: 20/10/2015 17:19 Atualização:

Neste contexto, o Brasil ocupa, atualmente, o sétimo lugar no ranking mundial dos países com crimes praticados contra as mulheres, apresentando uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil mulheres, anualmente. Nos últimos 30 anos, foram assassinadas cerca de 90 mil mulheres, tendo sido 43,7 mil apenas na última década, o que denota aumento considerável deste tipo de violência a partir dos anos de 1990.

Medicalização do Parto

Na antiguidade, **as mulheres eram reconhecidas como autoridades em relação ao parto...** Existiam sofisticadas tradições, orientadas pela observação prática e associadas a cultos de divindades, que regiam a conduta das **parteiras**.

- O parto era quase sempre vertical: as figuras femininas aparecem em pé, de cócoras, ajoelhadas ou sentadas.

Medicalização do Parto

- **Idade Média:** Homens começam a entrar nos quartos de parir. A cirurgia foi incorporada à medicina e o parto passou a ser estudado como mecanismo físico
- Escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau: **parto horizontal** (em que a mulher fica deitada) foi introduzido. A posição horizontal **facilitava as intervenções médicas**, como o uso do fórceps, por exemplo.



Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto

O debate sobre violações de direitos no parto chegou às mãos do presidente do STF. Entenda o que está em jogo e conheça os relatos de mulheres vítimas da violência obstétrica

THAIS LAZZERI

04/08/2015 - 14h52 - Atualizado 11/08/2015 17h22

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É o conjunto de condutas condenáveis por parte dos profissionais responsáveis pelo bem-estar da gestante e do bebê

DESRESPEITO

É a forma menos agressiva da violência obstétrica, mas a mais difundida. Inclui ofender a paciente ("Não era o que você queria? Agora, aguenta a dor") e dispensar a ela tratamento jocoso ou insensível

ABUSO

É o uso de uma posição de poder para constranger a paciente ou privá-la de um direito. Inclui o médico rejeitar o direito a acompanhante e se recusar a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja situação de emergência

NEGLIGÊNCIA

Situa-se na fronteira com o erro médico. Ocorre quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê

TRABALHO DE PARTO

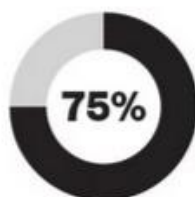
A OMS recomenda o parto mais natural possível. Mas intervenções desnecessárias são comuns no Brasil



receberam a substância ocitocina para acelerar o parto. A prática deveria ser exceção



informam que as membranas que envolvem o feto foram rompidas para acelerar o parto

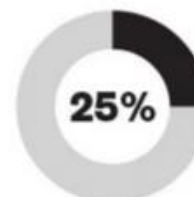


receberam um cateter venoso para administrar fluidos. A prática não deveria ser a norma

(Fonte: Nascer no Brasil)

O ALCANCE DA VIOLÊNCIA

Vários dos problemas no Brasil ocorrem por tradição. Muitos hospitais persistem em práticas antiquadas



das brasileiras que deram à luz afirmam ter sido desrespeitadas na gestação ou no parto



não tiveram direito a acompanhante. O acompanhamento é previsto em lei desde 2005



não tiveram acesso a procedimentos não medicamentosos para alívio da dor, como banho quente



não receberam alimentação durante o trabalho de parto. A alimentação é aconselhada pela OMS

(Fonte: Nascer no Brasil)



JOYCE GUERRA
31 anos
O bebê estava para nascer, por parto normal. A equipe optou por cesárea, recusou-se a chamar a médica que atendia a paciente e ela (que é deficiente visual) explicações sobre o que estava acontecendo.
(Foto: Marisa Cauduro/ÉPOCA)



Pesquisa revela altos números de aborto no Brasil

30/05/2010

Pesquisa nacional sobre a interrupção de gravidez realizada em Curitiba (PR) revela que uma em cada sete mulheres brasileiras, entre 18 e 39 anos, já passou por um aborto. O estudo mostra ainda que em mais da metade dos casos, as mulheres passaram a enfrentar complicações de saúde.



Curetagem após aborto é a cirurgia mais realizada no SUS, revela estudo

14 de julho de 2010

Estudo foi feito por pesquisadores do Instituto do Coração com base em dados do Datasus de 1995 a 2007; especialistas avaliam que maioria dos procedimentos é decorrente de aborto provocado, pois os espontâneos, em geral, não exigem internação.


Lei sobre aborto no Brasil é semelhante à de países da África

Rosanne D'Agostino

14/10/2010

A tendência mundial em relação ao aborto em determinadas circunstâncias é a de liberalizar a medida, segundo estudo das Nações Unidas. O Brasil, no entanto, se assemelha a países da África ao classificar o ato como crime contra a vida.

De autoria de Cunha, projeto que dificulta aborto em caso de estupro é aprovado

 [COMENTE](#)

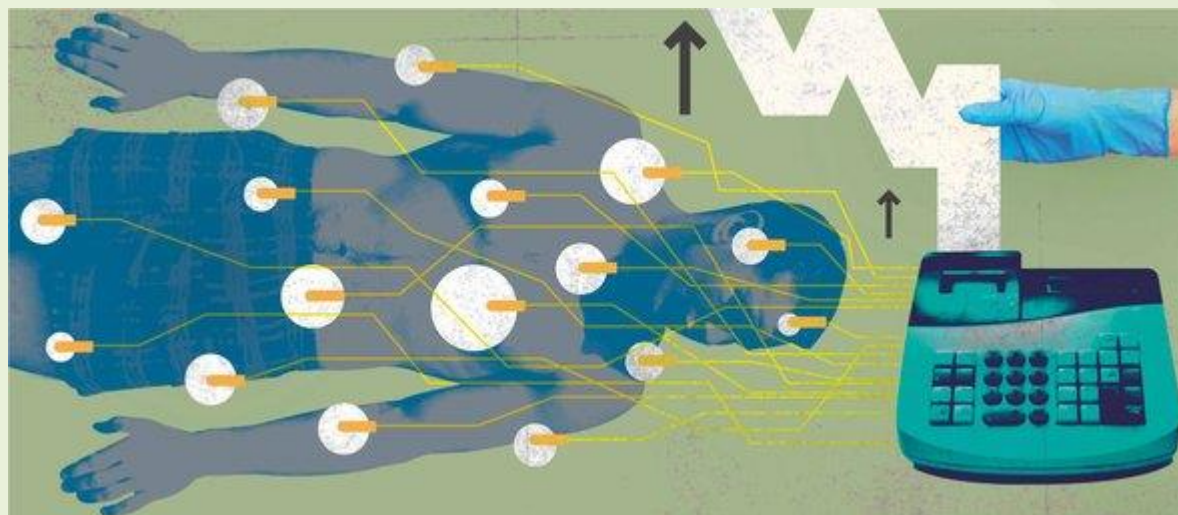
ESTADÃO conteúdo 21/10/2015 | 21h24

Saúde da Mulher e Prevenção Quaternária

RASTREAMENTO?

“exame de rotina”

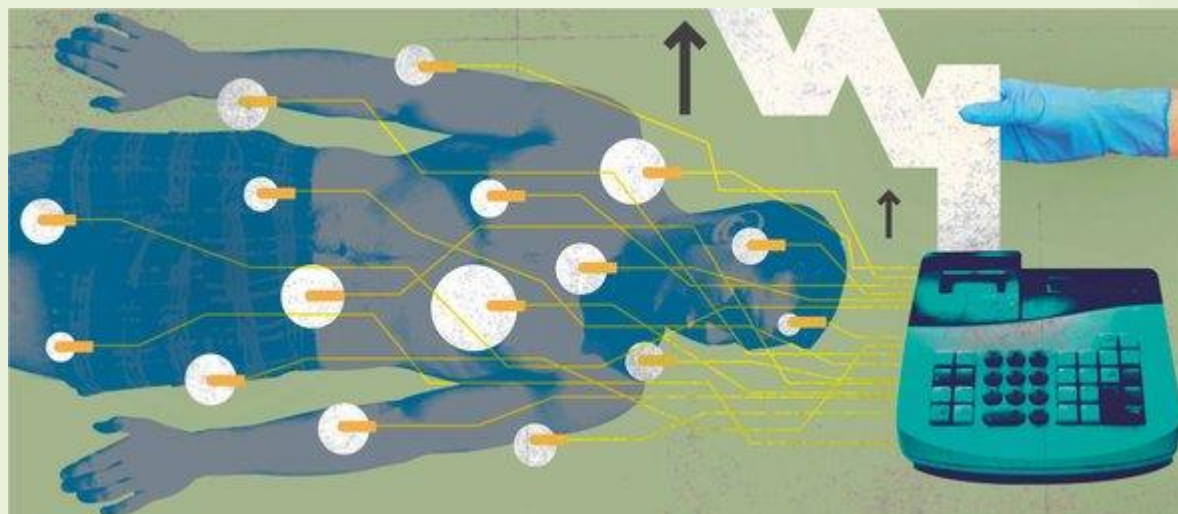
“Check-up”



Rastreamento

É a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas **ASSINTOMÁTICAS**, **aparentemente saudáveis**, com o objetivo de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado.

DIAGNÓSTICO PRECOCE?



Diagnóstico precoce

É a realização de testes ou exames diagnósticos em pessoas **COM** sinais e/ou sintomas da doença.

IATROGENIA?



Iatrogenia

Dano originado por intervenções médicas ou de qualquer profissional de saúde.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?



Prevenção Quaternária

Toda ação que **atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo** (*Juan Gervas*).

Detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para **protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis** (*WONCA*).

Medicina Baseada em Evidências?



Onde são realizados os estudos
que orientam a minha prática?



Exames de rastreamentos x custo?

“Quero fazer tudo o que tenho direito”



“melhor prevenir do que remediar”

X

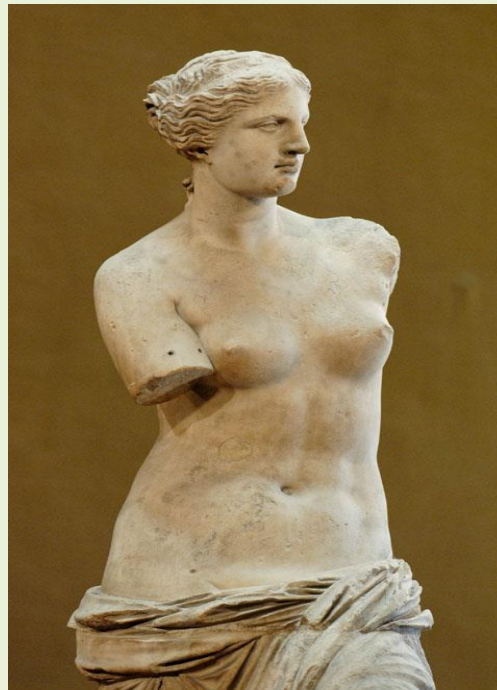
“melhor é não mexer no que está quieto”



“não deveríamos entender como prevenção o simples fato de fazer exames médicos anuais”



Rastreamento do Câncer de Mama



WWW.INCA.GOV.BR

Quem deve fazer exames periodicamente?



Toda mulher com 40 anos ou mais deve procurar um posto de saúde para ter suas mamas examinadas por um profissional de saúde anualmente. Entre 50 e 69 anos, a mulher também deve fazer uma mamografia a cada dois anos. O risco de câncer de mama aumenta com a idade.

CONITEC Comissão Nacional de
Incorporação de
Tecnologias no SUS

Mamografia para o rastreamento do
câncer de mama em mulheres com
idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69
anos e com mais de 70 anos

Nº 178
Outubro/2015

Pergunta: Há mais benefícios do que riscos no uso da mamografia como método de rastreamento populacional do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos?

12. RECOMENDAÇÃO DA CONITEC

Diante da incerteza sobre os benefícios aliada à confirmação de sobrediagnóstico e consequentemente os danos relacionados, advindos do rastreamento do câncer de mama por mamografia, os membros da CONITEC presentes na reunião, realizada nos dias 01/04/2015 e 02/04/2015, recomendaram a não ampliação da faixa etária atualmente recomendada no SUS (50 a 69 anos) para mulheres com menos de 50 anos ou com mais de 70 anos. À luz das evidências disponíveis, o médico deve orientar a mulher na faixa dos 50 a 69 sobre os benefícios e riscos que incorrerá, visando que a decisão de participar ou não do rastreamento mamográfico seja bem informada. A matéria será disponibilizada em Consulta Pública, inicialmente, com recomendação desfavorável a ampliação da faixa etária de mulheres atualmente recomendada no SUS (50 a 69 anos).

Deliberação Final: Recomendar a não ampliação do uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa etária atualmente recomendada no SUS (50 a 69 anos). Foi assinado o Registro de Deliberação nº140/2015.

Sobre o autoexame das mamas...

O autoexame deve ser substituído por um “breast awareness”, uma **consciência corporal**, exame eventual, tranquilo, sem neuras, sem ficar procurando neuroticamente algum sinal da doença.

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos.⁴ O autoexame das mamas que foi muito estimulado no passado não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos.⁵ Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões^{6,7} embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo,^{5,8} devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.⁷ O exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo somente ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação.^{4,5}

WWW.INCA.GOV.BR

E as mulheres com história familiar de câncer de mama?

Uma parte delas tem herança genética e, por isso, é importante que procurem o médico para avaliar seu risco de desenvolver a doença. A mulher com mãe, irmã ou filha que teve câncer de mama antes dos 50 anos, ou câncer de ovário, deve, a partir dos 35 anos, realizar o exame clínico das mamas e a mamografia uma vez por ano.

CONTROVÉRSIAS:

Rastreamento do Câncer de Mama

Pode ser razoável participar num programa de rastreio do cancro da mama através de mamografia, mas também pode ser razoável não o fazer, uma vez que o rastreio tem benefícios e prejuízos.

Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, uma irá beneficiar do rastreio, uma vez que irá evitar morrer por cancro da mama.

Ao mesmo tempo, 10 mulheres saudáveis, como consequência, serão diagnosticadas com cancro e serão tratadas desnecessariamente. Estas mulheres terão uma parte ou a totalidade da sua mama removida e irão, frequentemente, receber radioterapia e, por vezes, quimioterapia.

CONTROVÉRSIAS:

Rastreamento do Câncer de Mama

Se 2000 mulheres forem rastreadas regularmente durante 10 anos, cerca de 200 mulheres saudáveis irão passar por um falso alarme. A tensão psicológica até se saber se há ou não um cancro pode ser grave. Muitas mulheres sentem ansiedade, preocupação, desalento, problemas de sono, mudanças nas suas relações com a família, amigos ou conhecidos e uma alteração no desejo sexual que pode continuar durante meses. A longo prazo, algumas mulheres sentir-se-ão mais vulneráveis às doenças e irão consultar o médico mais frequentemente.

Falsa tranquilização – O rastreio através de mamografia não consegue detetar todos os cancros. Assim, é importante que a mulher consulte um médico se encontrar um nódulo na sua mama, mesmo se ela tiver feito uma mamografia recentemente.

CONTROVÉRSIAS:

Rastreamento do Câncer de Mama

Sobrediagnóstico e sobretratamento – Alguns cânceros e algumas das alterações celulares iniciais (carcinoma *in situ*) que são encontrados pelo rastreio crescem tão lentamente que nunca se desenvolveriam num verdadeiro câncer. Muitos destes “pseudo-cânceros”, detetados pelo rastreio, até desapareceriam espontaneamente, se tivessem sido deixados sem tratamento.

A porcentagem de mulheres que sobreviverão por 10 anos se não forem rastreadas é de 90,2% e de 90,25% se forem rastreadas. Essa diferença é suficiente para arriscar a possibilidade de um dano significativo?

Informações disponíveis em: www.cochrane.dk
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub4/abstract>
<http://www.cochrane.dk/screening/index-pt.htm>

Estudo reforça evidência de que mamografia não salva vidas

A pesquisa, publicada nesta quarta-feira no British Medical Journal, é o mais recente lance em um debate de décadas sobre os benefícios de mamografias. O estudo de 25 anos com 89.835 mulheres no Canadá, de idades entre 40 e 59 anos, reuniu ao acaso voluntárias para fazerem exames anuais de mamografia mais a avaliação das mamas pelo toque ou somente a avaliação física.

Em vez disso, o estudo "não constatou redução na mortalidade por câncer de mama com exames de mamografia", escreveram os cientistas, "nem em mulheres na faixa dos 40-49 no início do estudo, nem nas de 50-59." As descobertas confirmam pesquisas como um estudo de 2012 publicado no New England Journal of Medicine, o qual concluiu que as mamografias "estão tendo, no máximo, somente um pequeno efeito na taxa de morte por câncer de mama".

27/04/2014

Abolir os programas de rastreamento pela Mamografia? Uma visão de Conselho Médico Suíço

Medidas concretas já estão sendo tomadas na Europa para proteger as mulheres contra a mamografia, uma vez que não reduziu a mortalidade por câncer de mama e pior, causou malefícios

Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?

Armando Henrique Norman

Resumo

Se o rastreamento fosse uma droga, ela já teria sido retirada do mercado. Assim, qual será o primeiro país a parar com as mamografias para rastreamento de câncer de mama?

Isso é particularmente verdadeiro no caso do rastreamento do câncer de mama, que produz cânceres fisiopatologicamente insignificantes (sobrediagnóstico) expondo mulheres previamente saudáveis a danos significativos devido ao tratamento com radioterapia. Gøtzsche et al.⁷ alertam para os riscos de efeitos adversos importantes da irradiação, tais como insuficiência cardíaca (27%) por dano da circulação cardíaca e/ou indução de câncer de pulmão (78%). Além do mais, uma revisão sistemática recentemente publicada no *British Medical Journal*⁸ sobre os efeitos adversos dos rastreamentos de cânceres em geral, verificou que somente um terço dos ensaios clínicos controlados aleatorizados se preocupou em medir os danos da intervenção do rastreamento. Esse artigo é importante porque afeta diretamente a prática dos profissionais para estabelecer os parâmetros de segurança da intervenção junto a seus pacientes, visto que existe um viés de seleção de informação que ressalta apenas os aspectos positivos do rastreamento, deixando de controlar e/ou monitorar potenciais danos.

Do ponto de vista da saúde pública, da ética da justiça distributiva, e dos limitados recursos em saúde que qualquer sistema de saúde enfrenta, os programas de rastreamento desviam recursos financeiros - que deveriam ser prioritariamente investidos no tratamento e cuidado das pessoas doentes - para as pessoas saudáveis, com o agravamento de produzir novos doentes reais, fruto do dano da intervenção sobre corpos saudáveis, gerando mais custos para o sistema de saúde e para a sociedade em geral.

Felizmente, os programas de rastreamento estão cada vez mais perdendo sua força, principalmente na Europa, a exemplo do *Swiss Medical Board*¹⁰ que não encontrou razão para a manutenção dos programas de rastreamento do câncer de mama, em face das novas evidências científicas. Na Dinamarca a taxa de mortalidade atribuída ao câncer de mama não foi reduzida devido a implementação do rastreamento sistemático do câncer de mama com mamografias, ao longo de 17 anos de seguimento,¹¹ entretanto, se produziu uma taxa de sobrediagnóstico de 33%.¹² Resultados semelhantes também foram encontrados nos Estados Unidos após 30 anos de observação¹³, e no Canadá, o acumulado de 25 anos de acompanhamento dos efeitos do rastreamento do câncer de mama, além de não representar redução da mortalidade por câncer de mama, resultou em 22% de sobrediagnósticos.¹⁴ Assim, para Peter C. Gøtzsche,¹ umas das maiores autoridades mundiais sobre o tema, o melhor método que dispomos para reduzir a ocorrência do câncer de mama é parar com o seu rastreamento por meio de mamografias.

Desse modo, tanto do ponto de vista ético como científico,¹⁰ os programas de rastreamento deveriam ser descontinuados ou se restringirem a grupos ou situações muito específicas, e o foco da prevenção ser redirecionado para a intervenção no sintomático-precocce, visto que o tratamento do câncer de mama melhorou consideravelmente nas últimas décadas, sendo este o provável responsável pela melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas.¹ A Força Tarefa Canadense¹⁵ de cuidados preventivos em saúde, em sua mais recente atualização (em 2011) avaliou como fraca a recomendação para o rastreamento do câncer de mama com mamografia a cada 2 a 3 anos na faixa etária de 50 a 69 anos, pois as evidências para o rastreio foram consideradas apenas de moderada qualidade. Assim, o Ministério da Saúde¹⁶ brasileiro agiu de forma bem fundamentada ao restringir os incentivos financeiros ao rastreamento do câncer de mama à faixa etária de 50 a 69 anos.

Portanto, *'não há nada de errado em dizer não à mamografia'*,⁹ pois, ao se atuar sobre pessoas assintomáticas e saudáveis, o princípio da não-maleficência deve sobrepor-se ao da beneficência. O desafio posto aos médicos de família e comunidade é o de individualizar cada caso neste mar de incertezas, compartilhando com seus pacientes os potenciais danos, frequentemente omitidos, atribuídos ao rastreamento de cânceres, de modo a operacionalizar na prática a prevenção quaternária.

O que fazer?

Prevenção primária do Câncer de Mama

Incentivar o **aleitamento materno** - reduz o risco de câncer de mama para a mulher que amamenta, maior quanto mais longo for o período de aleitamento e maior o número de bebês amamentados, reduz para as filhas dessas mulheres, uma vez que ter sido amamentada reduz o risco de ter câncer de mama na pré-menopausa.

- Prevenção primária: intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, ou seja, estimula a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselha a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.^{9, 10, 11}
- Prevenção secundária: realiza rastreamento conforme indicação e coordena o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral; dá atenção às queixas de alterações reportadas e realiza a investigação necessária visando a detecção precoce, encaminhando para a atenção especializada quando indicado.⁴
- Prevenção terciária: auxilia a reabilitação, o retorno às atividades e a reinserção na comunidade; orienta cuidados; mantém o acompanhamento clínico e o controle da doença; orienta quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilita o acesso a eles, quando necessário.^{2,12}

- Prevenção quaternária:¹³ evita ações com benefícios incertos para a paciente e a protege de ações potencialmente danosas, não solicitando mamografia de rastreamento na população menor de 50 anos e maior de 70 anos ou com periodicidade menor de dois anos; não estimula o autoexame e não realiza o exame clínico das mamas como parte da rotina do exame clínico, reservando-o para as mulheres com queixas;^{4, 5, 8} realiza rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a usuária (Ver [Quadro 2](#)).

Tomada de decisão compartilhada

Não é errado dizer não

Por que as mulheres são informadas apenas sobre os benefícios do rastreamento para câncer de mama?

Breast Cancer Early Detection

by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years or more



	1,000 women without screening	1,000 women with screening
Benefits		
How many women died from breast cancer?	5	4
How many women died from all types of cancer?	21	21
Harms		
How many women without cancer experienced false alarms or biopsies?	—	100
How many healthy women were diagnosed and treated for breast cancer unnecessarily?	—	5

Source: Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877.
Numbers in the facts box are rounded. Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age. www.harding-center.mpg.de

Tomada de decisão compartilhada

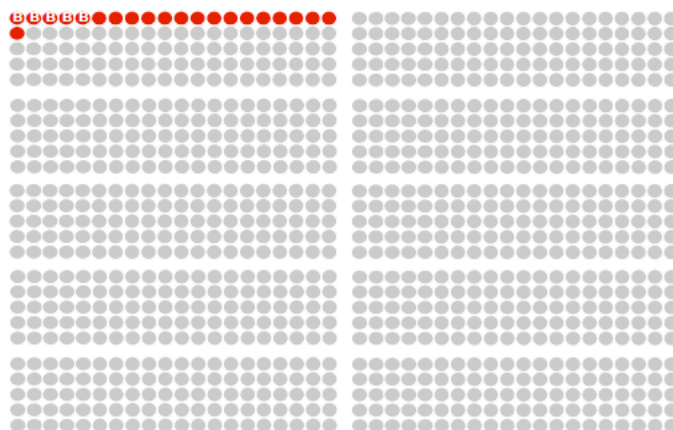
Breast Cancer Early Detection

HARDING CENTER FOR
RISK LITERACY

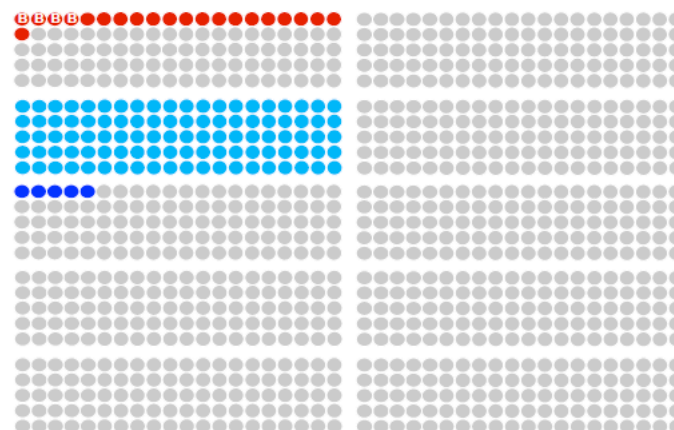
by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years or more

1000 women without screening:



1000 women with screening:



Ⓟ Women who died from breast cancer:	5	4
● Women who died from all types of cancer:	21	21
● Women who learned after a biopsy that their diagnosis was a false-positive:	—	100
● Women who were diagnosed and treated for breast cancer unnecessarily:	—	5
● Remaining women:	979	874

Source:

Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877

Numbers in the facts box are rounded. Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.

www.harding-center.mpg.de

EL MIRADOR

EL MIRADOR

Menos lacito rosa y más información antes de que te arranquen una teta sana

1. La mamografía evita que muera por cáncer de mama 1 de cada 1.000 mujeres mayores de 50 años, en un programa cada 2 años durante 10 años (la mortalidad por cáncer de mama pasa de 5 a 4 casos).
2. La mamografía no disminuye ni la mortalidad global ni la mortalidad por cáncer (no cambia el número total de mujeres muertas por cáncer en general).
3. Por cada 1 mujer que no muere por cáncer de mama hay 10 mujeres a las que les arrancan una teta sin necesidad, por sobrediagnóstico, y les hacen creer de por vida que tenían cáncer, las someten a cirugía si no a quimio y radioterapia y seguimiento hasta que mueren de cualquier otra causa.

Enquanto isso... em outubro



O AUTOEXAME

Aproximadamente 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao apalpar suas mamas



- 1** DE PÉ EM FRENTE AO ESPELHO OBSERVE: O bico dos seios; superfície; o contorno das mamas.
- 2** AINDA EM PÉ EM FRENTE AO ESPELHO. Levante os braços. Observe se o movimento altera o contorno e a superfície das mamas.
- 3** DEITADA, COM A MÃO DIREITA, APALPE A MAMA ESQUERDA. Faça movimentos circulares suaves, apertando levemente com a ponta dos dedos.
- 4** DEITADA, COM A MÃO ESQUERDA, APALPE A MAMA DIREITA. Faça movimentos circulares suaves, apertando levemente com a ponta dos dedos.

FAÇA O AUTOEXAME E PREVINA-SE
CONTRA O **CÂNCER DE MAMA.**

OUTUBRO ROSA



CAPA.FAFACEBOOK.COM.BR

Outubro Rosa e o medo que nos consome

Publicado em 13/10/2015

Campanhas sobre o câncer de mama pululam desde a minha adolescência. Desafio uma balzaquiana que não tenha tido – ou querido – uma camiseta com um alvo azul, que parecia ter o poder de nos transformar na Carolina Ferraz e, de bônus, nos proteger da doença. O Outubro Rosa é bombardeado na nossa cabeça desde 1997 e é, sem dúvida, um case publicitário de sucesso.

Cada vez as mulheres são empurradas mais cedo para a mamografia. Alguns anos atrás, as campanhas defendiam que os exames preventivos começassem aos 40 anos. Hoje, tenho amigas com 35 que não estão em qualquer grupo de risco, mas fazem o exame anualmente, como o papanicolau.

“- Gabi, você está dizendo para eu não fazer mamografia?” Não, deus me livre de tomar esta decisão por você. O que digo é que optar por não fazer o exame é uma decisão razoável, embasada em evidências científicas e que quem opta por não fazer não é uma suicida-louca-irresponsável-e-displicente como querem nos fazer pensar.

Não dá para aceitar uma campanha publicitária tão massiva sem um olhar crítico. Não dá para ignorar que quem faz os mamógrafos é a Philips, a Siemens e a GE e que elas lucram uma barbaridade com o medo da gente. Este medo é o mesmo que nos empurra para as cesáreas sem indicação, para a fórmula porque “o leite não sustenta”, para os antibióticos a cada gripe.

Temos que parar de procurar a doença e começar a cultivar a saúde.

Bianca Santana

mãe do Lucas, do Pedro e da Cecília, professora, feminista e jornalista de guerrilha

A quem interessa o outubro rosa?

Posted on 4 de outubro de 2013



“El lazo rosa es una maniobra de distracción que en nada ayuda a las mujeres que mueren de cáncer de mama” o “la benevolencia de las multinacionales genera acciones con apariencia de cuidados más que soluciones verdaderamente útiles” son frases que aparecen en su campaña para la toma de conciencia de los ciudadanos acerca de la comercialización del sufrimiento “Think before you pink” (piensa antes de ponerte un lacito rosa, podría traducirse).



Pink ribbon culture distracts from meaningful progress on breast cancer in six fundamental ways:

1. Pink ribbon products spread empty awareness. “Awareness” has failed to address and end the breast cancer epidemic. Who isn’t aware of breast cancer these days? Pink ribbon trinkets on store shelves that promote “awareness” ultimately change nothing. We have more than enough awareness, but not nearly enough action that will make a significant difference to whether women get breast cancer or survive it. By making the public think “awareness” is the end goal, pink ribbon culture defuses anger about breast cancer and its devastating impact, and distracts us from the meaningful actions that will achieve health justice for us all.



Instead of more meaningless gestures that defuse righteous anger and distract us from the real issues, we need bold action to address and end the epidemic.



2. Pink ribbon promotions spread misinformation. Whether by over-inflating women's risk of developing breast cancer, spreading the myth that "early detection is your best protection," focusing on a five-year cure rate for a disease that remains a risk throughout a woman's life, or other ways of cheerfully fudging the statistics, many pink ribbon promotions fail to tell the whole truth. These inaccuracies allow pink ribbon marketers to manipulate consumers' emotions through fear-mongering and false promises—in order to sell more products.

Breast cancer campaigns must offer evidence-based information that does not fuel fear or offer empty promises in the attempt to sell pink products.





3. Corporations exploit concern about breast cancer for profit.

Each October, marketers take advantage of people's sincere concern about breast cancer to make money and generate good publicity. Companies sell products, make profits, and seek customer goodwill by claiming to care about breast cancer. Yet, most of these promotions ultimately benefit corporations far more than they help women living with and at risk of breast cancer. By tapping into our generosity and genuine desire to help, these companies avoid transparency about where the pink ribbon money goes and too often leave consumers unable to accurately evaluate the promises made in product advertising.



Companies and charities must honor people's good intentions with full transparency and accountability in their breast cancer fundraising and marketing.



4. **Some pink ribbon products are linked to causing breast cancer.** Years ago, Breast Cancer Action came up with a term for this, **pinkwashing**: the outrageous corporate practice of selling products linked to an increased risk of breast cancer while claiming to care about (and profiting from) breast cancer. It is outrageous and deeply hypocritical for companies to make money and gain customer goodwill from products that increase the risk of the very disease they claim to care about!

Companies that claim to care about breast cancer should make sure their own products and services don't increase women's risk of breast cancer.





5. Pink ribbon promotions often degrade women by objectifying and sexualizing women's breasts and bodies. From “save the boobies” to “save the ta-tas” to “save second base,” campaigns like these demean and insult women—and distract from the true focus of saving women's lives. They highlight narrow standards of beauty (thin, white, able-bodied, and young), depict women as coy sex-objects and too often promote the fantasy of “perfect” breasts. These sexy/cute campaigns hide the lived experiences of women in all their diversity and complexity.



We must honor women's rich complexity and full diversity, rather than obsess over narrowly defined body parts as the focus of breast cancer campaigns.



6. Pink ribbon culture obscures the harsh reality of breast cancer by creating a single story of triumphant survivorship based on positive thinking, beauty tips, and sanitized, carefully chosen images of women. Breast cancer is not pretty and pink, and many women who “fight hard,” “fight like a girl,” and try to “beat breast cancer” develop metastatic cancer and still die from the disease. Breast cancer is only profitable when it’s palatable, and the pink ribbon covers up the devastating, harsh reality that so many women and their loved ones are dealing with.



We must value all women living with and at risk of breast cancer and recognize the hard realities of breast cancer, including and especially metastatic disease.

Incentivar a mamografia de rastreio é anti-ético.

screening, University of
Pennsylvania,
Philadelphia.



Supplemental
content at jama.com

screening can be ethical—even if this policy may avert fewer breast cancer deaths overall.

Background

Approximately 40 000 US women die each year from breast cancer.¹ In 2013, 72.6% of women aged 50 to 75 years were screened biennially, falling short of the Healthy People 2020 target (81.1%). Screening increases with income and education and is lowest among those lacking insurance (38.5%) or regular care access (29.7%).²

Efforts to sustain or improve uptake of breast screening include work-site mammograms; media awareness campaigns; payer-initiated letters, email, or

Incentives should support and not distract—or worse, undermine— informed decision making.

phone call reminders; and moves by some physicians toward default mammogram orders.³ Additionally, and aligning with Centers for Disease Control and Prevention (CDC) guidance,⁴ many payers incentivize screening completion through paid time off, in-kind items (such as t-shirts or movie tickets), or financial incen-

and, a proportion of cancers identified in screening never develop into lethal tumors. Such overdiagnosis commonly leads to overtreatment since partial or full surgical breast removal and hormone therapy, radiotherapy, or chemotherapy are typically initiated after any confirmed findings. Third, all participants risk periods of worry due to false positives and biopsy complications. There is some disagreement about the exact magnitude of benefits and risks in these categories, but also clear consensus that multifaceted and preference-sensitive trade-offs need to be made in these areas.^{1,5,6}

Equally, there is agreement that benefit-risk ratios differ considerably across age groups. The US Preventive Services Task Force's (USPSTF's) screening guidelines accordingly recommend biennial mammography for average-risk women aged 50 to 74 years with a grade B, due to "moderate certainty that the net benefit is moderate."⁶ For ages 40 to 49 years, a weaker grade C recommendation is made: "there is moderate certainty that the net benefit is small,"⁶ and the USPSTF currently recommends making screening decisions on an individual basis.

Evidence-based decision aids have a central role for all age groups. A recent randomized clinical trial of decision aids for women aged 50 years and older demonstrated that scope and framing of information influ-

The Ethics of Incentivizing Mammography Screening ✓

This Viewpoint discusses ethical concerns about giving women material incentives to undergo mammography screening.

JAMA.JAMANETWORK.COM

Opinião – Um Outubro Rosa para além das mamas e da mamografia

Por Redação

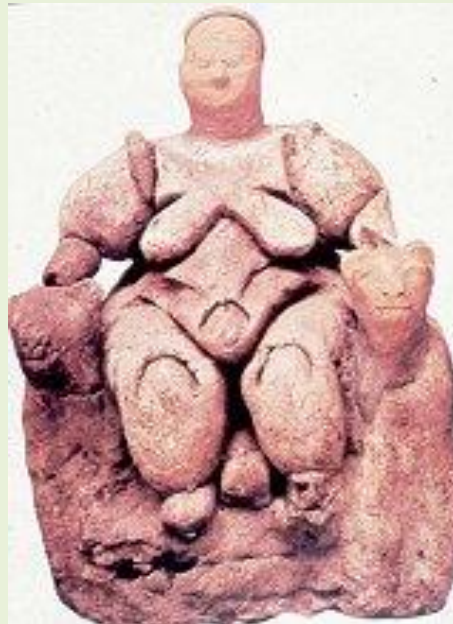


05/10/2015

Mas o cuidado com a saúde da mulher não se encontra apenas na prevenção de um câncer. A mulher é um sujeito integral, composto não apenas por mamas, mas por sexualidade, história de vida, crenças e processos individuais e coletivos.

*Por Natália Santos**

Rastreamento do Câncer de Colo de Útero



Coleta de Preventivo (Papanicolau) x Consulta de saúde da mulher x Mulher com queixa ginecológica



CADERNO de ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rastreamento

Recomendação:

Recomenda-se fortemente o rastreamento de câncer do colo do útero de mulheres sexualmente ativas e que tenham a cérvix. Grau de recomendação A.

Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer. Grau de recomendação D.

Recomenda-se contra o rastreamento de câncer do colo do útero em mulheres que realizaram histerectomia total. Grau de recomendação D.



- Ofertar **entre 25 e 64 anos a cada 3 (três) anos se 2 (dois) resultados consecutivos anuais normais**
- Oferta diferenciada para portadoras de HIV ou demais imunossupressões (Papanicolau e Colposcopia no diagnóstico e rastreamento anual);
- Antes dos 25 anos:
 - Prevalência de lesões de baixo grau com regressão espontânea.
- Após 60 anos:
 - Se acompanhamento prévio adequado o risco é diminuído pela sua lenta evolução;
 - Após 60 anos o rastreio deve ser individualizado;
 - Após 65 anos dever ser suspenso se os últimos exames estiverem normais.



○Antes dos 25 anos:

- Prevalência de lesões de baixo grau com regressão espontânea.
- Realizar exame ginecológico, orientações sobre sexualidade, rastreamento de DSTs, orientações sobre anticoncepção **(NÃO VINCULAR ESSES PROCEDIMENTOS COM A COLETA DA LÂMINA PARA PAPANICOLAU)**.

○Após 60 anos:

- Se acompanhamento prévio adequado o risco é diminuído pela sua lenta evolução
- Após 60 anos o rastreio deve ser individualizado
- Após 65 anos deve ser suspenso se os últimos exames estiverem normais.

WWW.INCA.GOV.BR

Quem deve se submeter ao exame?

Mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual.

Com que frequência deve ser feito o preventivo?

Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano. Se os resultados desses exames forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos.

O exame pode ser feito durante a gravidez se estiver na época recomendada.



A vacina do HPV



Efetividade

- Não existem estudos consistentes que demonstrem a redução dos **casos de câncer de colo de útero ou de mortalidade**
- Estudos demonstram a efetividade na redução de lesões NIC I e NIC II, e com menos magnitude NIC III
- Questões relacionadas ao tempo de permanência da imunidade e efeito ecológico de “*ninho vazio*” para outras cepas oncogênicas (15 cepas)

Segurança

Considera-se segura a administração de uma vacina quando seus riscos são aceitáveis e seus benefícios os superam

Primum non nocere



Segurança

- Os dados de farmacovigilância, [VAERS](#) (Vaccine Adverse Event Reporting System), mostram um número de episódios adversos (leves e graves) notavelmente superior em relação às demais vacinas

Nota SBMFC

- A SBMFC **não apoia a inclusão** enquanto não houverem estudos mais contundentes que demonstrem benefício real do uso da mesma ...
- O potencial dano que será causado devido a divulgação de uma vacina com garantia de proteção ainda não comprovada
- Os efeitos colaterais ainda pouco demonstrados
- O tempo de proteção conferida pela vacina desconhecida
- ...pode significar um **gasto excessivo e desnecessário** de recursos que podem ser utilizados para expandir, melhorar e fortalecer as ações de prevenção já comprovadas para a população, e que garantem verdadeiramente a redução das desigualdades e promoção à equidade

Conflitos de Interesse



Conflitos de Interesse envolvendo a vacina contra o HPV

Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors


Arbyn M, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Xu L, Simoens C, Markowitz L

Published Online: December 30, 2013

- Dos 12 autores que tem um papel importante na revisão, 2/3 (oito) tem conflitos de interesses com os fabricantes e dois deles participaram nos estudos principais da vacina

Tomada compartilhada e transparente de decisões

EM Digital | EM Digital Web | EM Im



Saúde Plena

Belo Horizonte,
24/MAR/2014

17° / 23°

Busc

Vacina contra o HPV é alvo de críticas; tire dúvidas

cotidiano

Vacinação contra vírus HPV divide opinião de médicos

colunistas

cláudia collucci

Os senões dos senões da vacina contra o HPV

29/01/2014 © 21h23

Marketing vestido de ciencia para la vacuna del papiloma mientras crecen las críticas

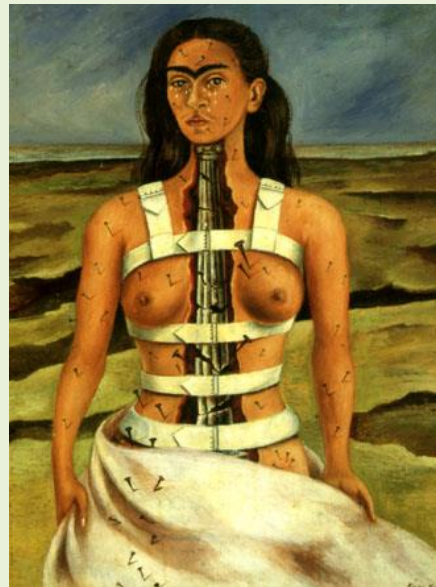
Por Miguel Jara 🕒 4 de marzo de 2014

Prevenção primária do Câncer de Colo de Útero

[HTTP://WWW.CANCER.GOV/CANCERTOPICS/PDQ/PREVENTION/CERVICAL/HEALTHPROFESSIONAL](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/healthprofessional)

- Cessação do tabagismo (ativo e passivo)
- Sexo protegido (método de barreira)
- Aumento de risco em múltiparas (sete ou mais gestações)
- Aumento de risco ao uso prolongado de anticoncepcional hormonal em mulheres com lesões de HPV.

Rastreamento em Saúde da Mulher: Osteoporose



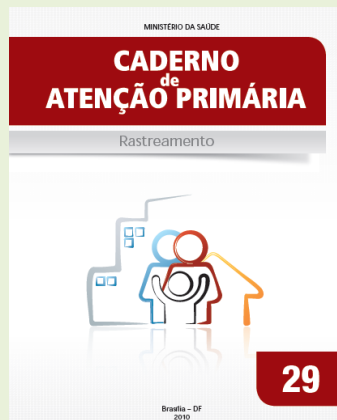
Rastreamento de Osteoporose



WWW.USPREVENTIVESERVICESTASKFORCE.ORG

- The USPSTF recommends screening for osteoporosis in women aged 65 years or older and in younger women whose fracture risk is equal to or greater than that of a 65-year-old white woman who has no additional risk factors.

Grade: **B Recommendation.**



Não se sabe se as mulheres que tenham um risco global de fratura, mas diferentes densidades ósseas, irão se beneficiar do tratamento. Essa incerteza é clinicamente importante devido à falta de critérios aceitáveis para se iniciar o tratamento e, por isso, permanece sendo uma incógnita. O Ministério da Saúde entende que, até que se tenham estudos mais fundamentados sobre a mortalidade e os riscos associados à intervenção medicamentosa de longo prazo, não está indicado o rastreamento universal da osteoporose em mulheres de qualquer idade.

CONTROVÉRSIAS:

Osteoporose

[HTTP://WWW.ACTASANITARIA.COM/OPINION/EL-MIRADOR/ARTICULO-LA-ARRUGA-ES-BELLA-LA-OSTEOPOROSIS-TAMBIEN-EVITE-LAS-CAIDAS-Y-LOS-MEDICAMENTOS-QUE-LAS-PRODUCEN.HTML](http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-la-arruga-es-bella-la-osteoporosis-tambien-evite-las-caidas-y-los-medicamentos-que-las-producen.html)

El Mirador

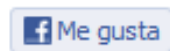
La arruga es bella; la osteoporosis, también. (Evite las caídas y los medicamentos que las producen)

La osteoporosis es una parte más del llegar a viejo y el autor se detiene en los estudios que ponen de manifiesto cómo hay fármacos que, en vez de prevenirla, la provocan.

11/02/2013, Juan Gérvas



15



26

A osteoporose não é uma doença (exceto quando sua causa é secundária).

CONTROVÉRSIAS:

Osteoporose

- Sem quedas, sem traumatismos não há fraturas (exceto as de metástases ósseas)
- As fraturas associam-se a problemas como: artrose, obesidade, doenças neurológicas e psiquiátricas, sedentarismo, baixa acuidade visual, uso de alguns medicamentos, idade (pp maiores de 75 anos)
- Os medicamentos para tratamento carecem de efetividade – principalmente na prevenção primária e em menores de 75 anos
- Os medicamentos podem produzir fraturas atípicas, ostenocrose de mandíbula, câncer em alguns, tromboembolismo em outros, infarto pelo uso do cálcio
- A densitometria é um métodos que carece de valor prognóstico e valor científico.

Pharmacology and therapeutics

Oral bisphosphonates are associated with increased risk of subtrochanteric and diaphyseal fractures in elderly women: a nested case–control study

Juan Erviti¹, Álvaro Alonso^{2,3}, Belén Oliva⁴, Javier Gorricho¹, Antonio López¹,
Julia Timoner⁴, Consuelo Huerta⁴, Miguel Gil⁴, Francisco De Abajo^{4,5}





Rastreamento em Saúde da Mulher: O que não fazer



O QUE NÃO FAZER

- Não rastrear câncer de ovário ou endométrio com USG em mulheres assintomáticas
- Não rastrear problemas de tireóide em mulheres assintomáticas (TSH)

Summary of Recommendations

- The USPSTF concludes the evidence is insufficient to recommend for or against routine screening for thyroid disease in adults.
Grade: [I Statement](#).

- Não indicar a Terapia de Reposição Hormonal sem avaliação precisa de indicação e riscos/benefícios.

O QUE NÃO FAZER

Não realizar “exames de rotina” de rastreio de doença cardiovascular ou de avaliação hormonal durante o climatério/menopausa em mulheres sem fatores de risco ou dados clínicos que justifiquem a investigação (USG, FSH, LH, estradiol, perfil lipídico, glicemia, ECG).



O QUE NÃO FAZER

- Não rastrear câncer de mama com mamografia em mulheres sem fatores de risco antes dos 50 anos e depois dos 69 anos
- Não rastrear câncer de colo de útero com o Papanicolau antes dos 25 anos e após os 65 anos se a mulher não tiver fatores de risco
- Não promover a cultura do medo e da medicalização excessiva entre a população e os profissionais de saúde.

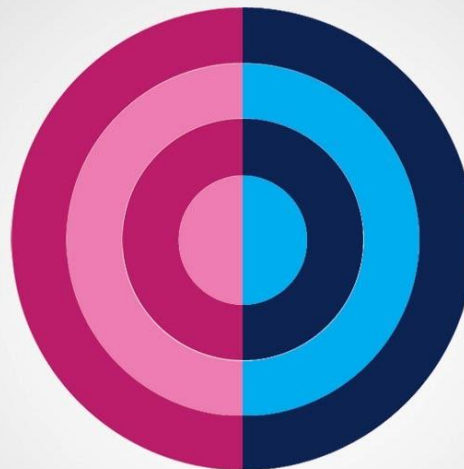
Pergunta

Como podemos ampliar nosso conhecimento sobre o processo de medicalização da mulher e com ele propor outra forma de acolhimento às necessidades de saúde das diversas mulheres atendidas pela minha equipe de saúde da família e NASF?

Precisamos questionar os possíveis danos (evitáveis e não evitáveis) tanto na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. O papel do paciente e do médico é tomar uma decisão compartilhada sobre cada intervenção proposta, conhecendo seus benefícios e riscos. Por isso, aconselha-se que cada um tenha um/a médico/a generalista de confiança - um médico de família e sua equipe de saúde da família - e que esses profissionais acompanhem essa mesma pessoa ao longo de sua vida, como acontece nas principais nações desenvolvidas, onde os médicos de família e enfermeiros trabalham décadas atendendo as mesmas pessoas.

A partir de uma relação de confiança são possíveis alguns questionamentos: eu realmente preciso fazer esse exame ou tratamento? Quais os riscos e benefícios de fazer ou não fazer? Existem alternativas mais simples e/ou seguras? O que acontece se eu não fizer nada, melhora ou piora? Qual a influência que meu médico sofre ao indicar um tratamento e não outro (será que ele é influenciado pelo marketing da indústria farmacêutica – recebe visita de representantes e amostras-grátis; ou é influenciado por protocolos e diretrizes governamentais que exigem metas)?

OUTUBRO
ROSA



NOVEMBRO
AZUL